



## Journal des anthropologues

Association française des anthropologues

148-149 | 2017

*LittÉRATURES & Sciences sociales en quête du réel*

---

# La gestation pour autrui en Inde

Des difficultés de terrain révélatrices d'une réalité controversée

*Surrogacy in India: Challenges of Fieldwork Revelatory of a Controversial Reality*

Virginie Rozée

---



### Édition électronique

URL : <http://journals.openedition.org/jda/6693>

DOI : 10.4000/jda.6693

ISSN : 2114-2203

### Éditeur

Association française des anthropologues

### Édition imprimée

Date de publication : 1 mars 2017

Pagination : 253-270

ISSN : 1156-0428

### Référence électronique

Virginie Rozée, « La gestation pour autrui en Inde », *Journal des anthropologues* [En ligne], 148-149 | 2017, mis en ligne le 10 mai 2019, consulté le 04 janvier 2020. URL : <http://journals.openedition.org/jda/6693> ; DOI : 10.4000/jda.6693

---

## **LA GESTATION POUR AUTRUI EN INDE**

### **Des difficultés de terrain révélatrices d'une réalité controversée**

Virginie ROZÉE\*

La gestation pour autrui (GPA), lorsqu'une femme porte un enfant pour le compte d'autrui, est une pratique aujourd'hui médicalisée particulièrement controversée, surtout lorsqu'elle se produit dans les pays les moins développés. C'est le cas notamment de l'Inde, où des individus ou couples aisés « parents d'intention », recourent à des femmes indiennes « gestatrices » pour concevoir un enfant. Jusqu'à récemment, l'Inde était devenue une destination privilégiée de la GPA pour plusieurs raisons : de nombreuses cliniques et agences spécialisées, un recours à faible coût (comparé à d'autres destinations comme les États-Unis), l'absence de loi qui encadre la pratique et qui donc permet une certaine flexibilité pour les médecins et les parents d'intention, une importante population « biodisponible » (Cohen, 2007), la possibilité de réaliser toute la procédure en anglais et enfin, une médecine réputée de qualité avec un matériel de pointe (Rozée & Unisa, 2015). Le fait de recourir aux services de femmes pauvres donc considérées comme vulnérables, suscite de nombreuses polémiques et controverses sur le terrain politique, médiatique mais aussi académique, y compris féministes

---

\* INED – Unité de recherche « Fécondité, Familles, Sexualité » (UR3)  
Bureau 349 – 133 bd Davout – 75980 Paris cedex 20  
Courriel : virginie.rozee@ined.fr

(Gupta, 2006 ; Roman, 2012). Mais contrairement à l'amplitude des débats publics, peu de données empiriques permettent de mieux comprendre la pratique.

Dans la dynamique des quelques études anthropologiques existantes, j'ai mené une étude de terrain pendant deux ans (2013-2014)<sup>1</sup>, initialement dans la capitale économique du pays : Mumbai. La GPA a très peu été explorée dans cette ville qui pourtant propose une offre croissante à ce sujet (Deonandan *et al.*, 2012a). L'objectif était de comprendre à partir d'entretiens réalisés auprès des protagonistes de la GPA, comment était organisée la pratique et comment elle était décrite et expérimentée. Un accent important de ce travail portait sur les représentations et expériences des parents d'intention et des gestatrices. Mettre en place une étude de terrain de nos jours en Inde sur une telle thématique s'avère particulièrement difficile. En effet, les difficultés sont partagées avec d'autres sociologues, anthropologues ou journalistes travaillant sur le sujet dans le pays (Sama-Resource Group for Women and Health, 2012 ; Sharma, 2013 ; Tanderup *et al.*, 2015).

Dans cet article, je propose d'analyser les difficultés que j'ai rencontrées lors de la mise en place de mon terrain en Inde et de son déroulement. *A posteriori*, j'ai réalisé que la construction même du terrain s'avère tout aussi exploitable et analysable que le sont les données de terrain recueillies. En effet, les difficultés rencontrées donnent des éléments compréhensifs et elles sont ici révélatrices, en partie, du contexte et de la pratique de la GPA dans le pays.

### **Un marché procréatif contrôlé par les cliniques**

Un constat s'est imposé dès le départ : en l'absence d'association, de registre national, les cliniques et agences<sup>2</sup>

---

<sup>1</sup> Projet de recherche financé par l'Agence européenne de recherche – Commission européenne dans le cadre du programme Marie Curie (FP7-People-2011-IOF).

<sup>2</sup> En théorie, en matière d'AMP, les cliniques et les agences sont deux entités distinctes : les cliniques sont censées ne s'occuper que de la partie médicale et les agences de la partie administrative. En pratique cependant,

constituaient un passage obligatoire pour étudier la GPA en Inde. La plus grande difficulté rencontrée fut alors d'obtenir leur accord pour recruter et interroger les parents d'intention et les gestatrices. Des 37 cliniques contactées, et parfois également visitées, 8 seulement ont accepté de m'aider dans ma recherche.

### **La GPA en Inde, une question politique**

Les études et les documentaires où les gestatrices semblent plus accessibles sont celles qui ont été réalisées dans le Gujarat, et plus précisément à Anand devenue la capitale de la GPA en Inde, dans la célèbre clinique de la docteur Patel (Frank, 2009 ; Lebrun & Levasseur, 2009 ; Pande, 2010 ; Saravanan, 2013, consulté le 27/07/2014). Le terrain semblait également plus facile au milieu-fin des années 2000, lors des premières études anthropologiques sur le sujet telles que celles de Amrita Pande (terrain en 2006-2008), Kalindi Vora (terrain en 2006-2007), Daisy Deomampo (terrain en 2008-2010) ou encore de Sharmila Rudrappa (terrain en 2010-2012). Ces chercheuses ont rencontré moins de difficultés que celles qui ont réalisé une étude plus récemment, à partir de 2012, comme le groupe Sama (*op. cit.*), la réalisatrice Surabhi Sharma (2013) ou encore MarleneTanderup, Sunita Reddy, Tulsi Patel et Birgitte Bruun Nielsen (*op. cit.*). Cette fermeture progressive des cliniques semble liée au contexte politique de la GPA en Inde et peut s'expliquer en deux principaux points : un intérêt public et académique croissant et dérangeant, et des changements politiques récents.

#### *Un intérêt public croissant considéré comme intrusif*

Depuis le développement du marché procréatif sur la scène transnationale dans les années 2000, on observe un intérêt politique, médiatique et scientifique croissant pour la GPA en général, et plus précisément pour celle qui se passe en Inde. Cet intérêt se traduit par une multiplication des documentaires, articles de presse, films et une

---

cliniques et agences sont souvent une même et seule entité. Il est donc très difficile de les distinguer.

visibilité croissante des débats, polémiques et controverses sur le sujet.

Certains médecins interrogés dans le cadre de ma recherche ont déclaré que leurs patients étaient constamment sollicités et qu'ils en étaient fatigués. Une des cliniques contactées par email répond comme suit à ma demande :

La clinique a participé de façon active à un certain nombre de projets de recherche, en mettant à leur disposition des gestatrices et des parents d'intention (avec leur permission évidemment). Ces deux groupes souffrent de « fatigue de la recherche » et pensent qu'il est temps que d'autres prennent la relève. Cela ne sert personne si ce sont les mêmes personnes qui sont sans cesse interrogées.

(Clinique de New Delhi, extrait de l'email reçu le 22 juillet 2014).

Ce message interroge sur deux points : il existe peu d'études et de documentaires sur la GPA à New Delhi d'une part ; et d'autre part, les parents d'intention et les gestatrices se renouvellent constamment au sein d'un même service. Ce qui me conduit à formuler l'hypothèse suivante : la présence d'un.e chercheur.e dérange.

Si le fait d'être une femme était une condition nécessaire pour une étude en Inde conduite auprès de femmes et sur la reproduction, le fait d'être française a certainement limité la collaboration des cliniques. En effet, en France, la GPA a mauvaise presse. Les médias français évoquent souvent l'Inde comme une « usine à bébés ». Par ailleurs, en 2010, plusieurs consulats européens, y compris le consulat français, ont envoyé des lettres officielles aux cliniques spécialisées leur demandant de ne plus prendre en charge leurs ressortissant.e.s, la GPA étant illégale dans leur pays (Saravanan, 2013). À ce sujet, un des médecins rencontrés m'a d'ailleurs raconté qu'il s'était vu refuser son visa pour la France (où il se rendait pour une conférence) car il était soupçonné par les autorités françaises de continuer de prendre en charge des ressortissant.e.s français.e.s. Ma présence a pu être mésinterprétée, supposant là que je serais une « auditrice éthique » (*ethical audit*) pour reprendre les propos de Lawrence Cohen dans son étude sur la transplantation d'organes en Inde (*op. cit.*).

*Des changements politiques récents*

Les difficultés d'obtenir la collaboration des cliniques, agences et cabinets d'avocats sont également liées aux changements politiques autour de la GPA pendant le terrain. En effet, depuis 2013, l'accès à la GPA a été progressivement restreint, réservé aux couples hétérosexuels avec une infertilité médicale, puis aux couples mariés et aujourd'hui aux couples indiens ou d'origine indienne. Il ne s'agit pas ici de lois mais de propositions successives de loi rédigées par le Conseil indien de la recherche médicale (ICMR) et de notes de cabinet qui accompagnent ces propositions. Les cliniques et agences ne sont donc pas dans l'obligation légale d'appliquer les conditions émises dans ces projets mais elles doivent malgré tout s'y plier car depuis 2015, les autorités indiennes ne délivrent plus de visa de sortie au(x) nouveau(x) né(s) dont les parents ne réuniraient pas les critères susmentionnés (couples hétérosexuels indiens, mariés, avec une infertilité médicale).

Ces restrictions d'accès successives marquent une perte de pouvoir progressive des cliniques dans la gestion de la GPA. Ces dernières sont donc amenées à se réorganiser. Mes échanges avec des cliniques ont confirmé l'effet de ces changements sur l'étude :

L'obstacle que nous rencontrons actuellement concerne les changements de loi sur la GPA qui rendent les choses trop compliquées ; nous souhaiterions donc suspendre pour le moment des entretiens avec les gestatrices. Nous espérons que vous comprendrez.

(Clinique 1 de Mumbai, extrait de l'email reçu le 6 janvier 2014).

Pour le moment, étant donné les nouvelles règles sur la GPA, nous n'avons plus de gestatrices enceintes.

(Clinique 2 de Mumbai, extrait de l'email reçu le 3 novembre 2013).

Ce dernier message interroge de nouveau : la grossesse n'était pas un critère d'inclusion pour l'entretien. De plus, cette clinique est une des plus actives et réputées de Mumbai car dirigée par une docteure renommée, spécialiste en infertilité depuis plus de 30 ans, qui a été membre de nombreuses institutions médicales de référence, à l'échelle nationale et internationale. Le fait que cette clinique suspende toute son activité de GPA est surprenant.

Du fait de ces changements, certains terrains ont pris fin et c'est pourquoi je me suis tournée vers d'autres villes, comme Chennai, où la GPA était une activité en développement et où j'ai réussi à établir un contact précieux avec une agence. L'impact de la politique sur le terrain n'est pas propre à l'Inde, ni à la thématique. Mais cela révèle ici l'instabilité politique autour de cette pratique médicale (liée entre autres aux scandales médiatiques en Inde mais aussi en Thaïlande avec le bébé Gammy), la fragilité des cliniques, de leur pouvoir et contrôle sur les pratiques médicales et éthiques.

Si la collaboration des cliniques, agences et cabinets d'avocats a été difficile ou fragile, ces derniers n'ont cependant pas hésité à m'inviter sur Twitter et Facebook pour suivre et diffuser leur actualité. Un cabinet d'avocat m'a même envoyé des coupures de presse qui mentionnaient le fait qu'il venait de recevoir le prix du meilleur cabinet d'avocats de l'année en Inde décerné par un célèbre magazine international spécialisé en finance et marketing. Ces échanges sont cohérents avec la logique entrepreneuriale et commerciale de la GPA. En l'absence de loi, la GPA est soumise à l'éthique même des médecins mais selon Deonandan *et al.* (2012b : 744), « l'éthique en jeu est l'éthique des affaires et non l'éthique médicale ».

### **Le tabou du recours à la gestation pour autrui**

Au final, 5 agences et cliniques m'ont mise en contact avec des gestatrices et des parents d'intention. Comme le soulignent Tanderup *et al.* dans leur étude (*op. cit.*), même si les médecins donnaient leur accord de principe, ou s'ils m'ont présenté à une occasion des parents d'intention et des gestatrices, la collaboration s'essouffait très vite ou n'avait jamais lieu.

Une des raisons évoquées par les médecins est le souci de discrétion et de confidentialité. La GPA est une pratique plutôt cachée. Pour preuve, à Mumbai, il n'était pas toujours évident d'identifier les centres et services de santé qui proposaient la GPA : les *flyers*, les publicités, les sites internet ne mentionnaient pas ce service de façon systématique. Par ailleurs, à Mumbai surtout, les

cliniques, agences, y compris les cabinets d'avocats avaient rarement pignon sur rue : leurs bureaux ou cabinets de consultation se situaient dans des immeubles, dans des centres commerciaux. Il est difficile d'identifier leur emplacement et de s'y rendre sans connaître précisément le lieu et l'adresse.

Les médecins déclarent en général que les parents d'intention et les gestatrices ne souhaitent pas témoigner. Celles et ceux que j'ai rencontrés m'ont expliqué qu'ils/elles avaient présenté l'étude aux parents d'intention qu'ils recevaient mais que ces derniers avaient refusé par souci de discrétion ou parce qu'ils avaient d'autres préoccupations au moment où ils étaient sollicités. Après une de mes nombreuses relances, un avocat m'a écrit :

Je me souviens de vous et c'est pour cela que j'ai demandé à de nombreux clients, mais leur seule préoccupation est l'obtention des documents et du visa de sortie. Après la naissance, ils sont dans une telle hâte qu'ils viennent nous voir une ou deux fois seulement et personne n'a donné son accord [pour être interrogé].  
(Cabinet d'avocat de Mumbai, email reçu le 22 janvier 2014).

Cet email montre également ici que les parents d'intention reçus par ce cabinet d'avocat étaient majoritairement des internationaux (qui étaient, à ce moment-là, toujours autorisés à recourir à une GPA dans le pays), les nationaux n'ayant pas besoin de visa de sortie du territoire.

Concernant les gestatrices, les médecins ont déclaré qu'elles ne souhaitent pas témoigner, ou que leur famille ne les autorisait pas à le faire. Une des docteures de Mumbai, qui avait accepté de nous aider dans notre recherche mais qui tardait à nous présenter les gestatrices avec lesquelles elle travaillait, nous expliqua :

Je fais mon possible pour réunir des gestatrices, la plupart d'entre elles ne veulent pas ; d'autres sont d'accord mais c'est leur famille qui ne veut pas.  
(Clinique 2 de Mumbai, extrait de l'email reçu le 4 octobre 2013).

Cette réticence à être interrogé révèle le tabou de la pratique. Le refus des parents d'intention pour raconter leur expérience montre que le recours à la GPA est caché car cela révélerait l'infertilité du couple, qui est, en Inde, comme dans d'autres pays,



fortement taboue, avec une stigmatisation voire un ostracisme social pour les couples, et surtout les femmes, qui sont sans enfant (Unisa, 1999 ; Qadeer, 2009 ; Banerjee, 2012). Les femmes de couple infertile sont même parfois exclues des réunions de famille et des rites socioreligieux (Unisa *et al.*, 2012). En Inde, il est également important d'assurer une descendance familiale par le sang. Or, à travers la GPA, les couples recourent souvent à un don d'ovocytes. Le recours à la GPA viendrait donc brouiller la descendance familiale. Témoigner pourrait menacer l'anonymat et la confidentialité du recours. Les entretiens auprès de médecins et des parents d'intention indiens montrent que ces derniers informent rarement leur entourage sur les problèmes qu'ils rencontrent pour concevoir et sur les démarches médicales entreprises, pour se protéger des stigmates mais aussi pour protéger le futur enfant qui pourrait ne pas être considéré comme leur véritable enfant, et qui pourrait être, à son tour, stigmatisé voire exclu de la communauté et de la famille.

Les difficultés liées au recrutement des gestatrices sont également révélatrices du tabou de la pratique pour les gestatrices elles-mêmes. Ici, ce n'est pas l'infertilité mais la mise à disposition du corps des femmes pour un autre homme (ou couple) autre que le mari qui pose problème. En effet, louer son utérus est stigmatisant pour les gestatrices indiennes et leur entourage. Le processus de fécondation *in vitro* (FIV), qui permet de concevoir sans relation sexuelle et sans contribuer génétiquement à la conception de l'enfant<sup>3</sup> est méconnu voire inconnu en Inde. La GPA est alors associée à la vente d'enfant, à la prostitution et surtout à l'adultère qui est socialement et pénalement condamné pour les femmes en Inde (Rozée & Unisa, 2014 ; Attoubou *et al.*, 2014). De fait, si certaines femmes ont raconté être à l'aise avec leur grossesse pour autrui, la plupart des gestatrices cependant ne révèlent pas à leur famille et voisinage (sauf entourage proche) qu'elles se lancent dans un tel

---

<sup>3</sup> En Inde, seule la GPA gestationnelle est pratiquée : la gestatrice n'est jamais liée génétiquement à l'enfant qu'elle porte. Les ovocytes proviennent soit de la mère d'intention soit d'une donneuse.

processus, pour se protéger des stigmates à leur rencontre et pour protéger la réputation du mari et de leur famille. Des gestatrices nous ont également expliqué qu'informer sur une telle démarche pour gagner de l'argent révélerait leurs conditions socio-économiques ou leur besoin immédiat d'argent (pour rembourser des dettes notamment). Par fierté et pudeur, elles refusent que leur voisinage ou famille ait connaissance de ces difficultés financières. Ainsi, lorsqu'elles ont le choix, certaines gestatrices ou futures gestatrices ont déclaré qu'elles préféreraient rester à l'écart de leur entourage pendant la grossesse et opter pour un hébergement provisoire loin de leur foyer.

J'ai compris *a posteriori* ces réticences à participer à l'étude. Mais en même temps, je crois qu'il est important d'apporter une nuance à cette analyse. En effet, le peu de parents d'intention rencontrés et les gestatrices interrogées ont montré un vif enthousiasme quant à l'étude et un fort intérêt à y participer ; certaines ont déclaré être heureux de raconter leur histoire, quelque peu soulagés puisqu'ils/elles avaient rarement l'occasion d'échanger à ce sujet ; d'autres espéraient que leur témoignage contribuerait à mieux informer sur la pratique, à la rendre moins préjudiciable. Certaines gestatrices espéraient en témoignant que l'étude changerait le regard négatif que porte la population sur cette pratique et les restrictions imposées par les médecins. Cela me conduit à deux hypothèses : 1) les personnes interrogées constituent une population particulière, dont l'expérience de la GPA a été plutôt positive ; 2) les parents d'intention et les gestatrices sont moins réticents à être interrogés que ne l'ont déclaré les médecins. La possible surestimation par les médecins des réticences à témoigner aurait ainsi été une façon de limiter ma présence et de limiter les interférences dans des procédures entièrement maîtrisées par les médecins.

### **Le biopouvoir des médecins**

Finalement, 33 entretiens ont été conduits avec des gestatrices et 8 entretiens avec des parents d'intention, principalement à

Mumbai et Chennai. Ces entretiens étaient cependant décidés, fixés et supervisés par les médecins des cliniques et agences. Ces derniers m'ont mis directement en contact avec les parents d'intention et les gestatrices. Au-delà des réticences à participer à l'étude précédemment évoquée, se pose la question de la sélection de ces parents d'intention et gestatrices. Les médecins ont-ils présenté mon étude à tous leurs patient.e.s ? Ont-ils fait au préalable une sélection ? Sur quels critères ?

En général, une fois le contact établi, j'avais la liberté d'organiser avec les parents d'intention la rencontre sans même en informer la clinique. Ainsi, la plupart des entretiens réalisés à Mumbai par l'intermédiaire d'une des cliniques eurent lieu dans les hôtels des parents d'intention où ils séjournaient avec leur(s) nouveau(x)-né(s) en attendant l'obtention du visa de sortie. Avec les gestatrices cependant, les médecins fixaient eux-mêmes le jour, l'heure et le lieu de l'entretien (la clinique ou l'agence dans la plupart des cas).

Dans une des cliniques de l'étude, j'ai dû signer des documents dont un contrat m'engageant à ne pas rendre visite aux gestatrices de la clinique à leur domicile ; à ne pas les contacter directement sur leur téléphone personnel sans l'accord préalable de la clinique ; à ne rencontrer aucune gestatrice sans la présence d'un.e membre de la clinique et en dehors de la clinique. Cet accord m'engageait également à prévenir plusieurs jours à l'avance de ma venue à la clinique. Il était donc impossible de rencontrer les gestatrices indépendamment des cliniques et agences. Si l'effet boule de neige a été utilisé dans de précédentes études, celle de Sharmila Rudrappa par exemple qui a ainsi interrogé 70 gestatrices (Rudrappa 2010, 2014), aujourd'hui cette méthode est difficile. Les gestatrices ont l'interdiction de témoigner en dehors des cliniques et agences sans leur autorisation et présence, comme nous le montre le documentaire *Can we see the baby bump please* (Sharma, *op. cit.*).

Par ailleurs, les échanges avec les gestatrices étaient généralement encadrés et supervisés. Dans une seule clinique, il m'a été possible d'interroger les gestatrices seules. Les médecins

justifiaient cette condition en affirmant que les gestatrices étaient ainsi « plus à l'aise ». Il est vrai que l'entretien, comme toute interaction sociale, peut mettre en scène des rapports sociaux de classe et d'origine dans les études de terrain entre le/la chercheur.e et la population interrogée (Rance, 2002). Ces rapports peuvent déstabiliser et créer un certain malaise de la part des gestatrices indiennes interrogées par une chercheuse française. Certaines gestatrices semblaient en effet peu à l'aise et intimidées par ma présence, mon intérêt et mes questions.

Lors de l'entretien, ma liberté d'échange était également parfois limitée. Certaines de mes questions dérangeaient le/la représentant.e qui assistait à l'échange : demander à une gestatrice si elle savait comment allait se passer l'accouchement – césarienne ou pas –, si elle préférerait connaître les parents d'intention ou voir l'enfant à naître. Dans ce cas, les représentant.e.s de la clinique ou agence ont cherché à répondre à la place des gestatrices interrogées déclarant connaître la réponse ou bien expliquant que la gestatrice ne saurait pas répondre. On rejoint ici les observations de Marlène Tanderup *et al.* (*op. cit.*) qui expliquent que selon les médecins, les gestatrices ne peuvent pas comprendre certaines terminologies médicales.

Toutes ces conditions d'organisation, d'encadrement et de supervision ont pu limiter les échanges spontanés et transparents. Les gestatrices se confiaient dans un environnement le plus souvent contrôlé, ce qui limitait la marge de liberté dans leur discours. Le fait que la plupart des entretiens ait eu lieu entre les murs mêmes de la clinique ou agence, peut être synonyme d'inconfort pour les femmes interrogées. Comme le rapporte Sama (2007), le fait que toutes les gestatrices soient interrogées dans les locaux mêmes des cliniques ou agences compromet l'intimité de la rencontre, la confidentialité, et témoigne surtout du contrôle des médecins. La présence du personnel médical lors de l'entretien renvoie à ce contrôle permanent des médecins dans la pratique de la GPA.

Les contraintes de terrain qui m'ont été imposées font en effet écho d'une part au fort biopouvoir dans la pratique de la GPA et

d'autre part au peu de libre arbitre laissés aux gestatrices (Pande, *op. cit.* ; Saravanan, 2010 ; Rozée & Unisa, 2014). Au-delà du contexte médical autoritaire en Inde (Tanderup *et al.*, *op. cit.*), les médecins dirigent et contrôlent toute la procédure de la GPA, depuis le recrutement des gestatrices jusqu'à la naissance de l'enfant. La grossesse peut à cet égard parfois se dérouler dans un environnement fermé et contrôlé (Rozée & Unisa, 2014) : les gestatrices peuvent en effet être hébergées dans des maisons spécifiques où elles résident collectivement pendant la grossesse. Les médecins surveillent ainsi l'hygiène de vie des gestatrices, leur nourriture, s'assurent qu'elles n'aient pas de relation sexuelle avec leur mari et font régulièrement des examens médicaux.

Dans ce contexte, les gestatrices ont peu de marge de liberté et de pouvoir de décision. Elles sont rarement consultées pour discuter des termes du contrat et contrairement aux parents d'intention, elles n'ajoutent pas de clauses spécifiques. Elles ne décident pas toujours de leur lieu de résidence pendant la grossesse et, ne prennent aucune décision sur la grossesse et les modalités d'accouchement. Exactement comme dans le déroulement des entretiens, les gestatrices sont dans des rapports avec les médecins de dépendance et de soumission. Ce manque de liberté et de pouvoir de décision des gestatrices constitue la principale revendication des groupes de femmes en Inde mobilisés sur le sujet comme Sama ou le Centre for Social Research (2013) qui revendiquent plus de respect, d'autonomie et de pouvoir pour les gestatrices indiennes. Le terrain de l'étude met également en exergue une hiérarchisation des relations sociales dans le processus de GPA, observée dans l'organisation même des entretiens : les parents d'intention étaient libres de décider où, quand me rencontrer et le contenu de leur discours était libre ; alors que pour les gestatrices, tout était supervisé et contrôlé.

## **Conclusion**

Les difficultés de terrain font que la GPA en Inde est l'objet de peu d'études ou bien celles-ci comportent de petits échantillons non

représentatifs. Le manque d'information systématique laisse alors place à des « prédictions », des « spéculations » (Pande, *op. cit.*) sans base empirique, à des fantasmes médiatiques et idéologiques qui ne reflètent pas toujours la complexité de la réalité. L'information que nous recevons, essentiellement en Europe, est le plus souvent issue des médias qui présentent les faits avec sensation et émotion.

Dans le cadre de ma recherche, j'ai rencontré deux principales difficultés : la collaboration des cliniques et agences et les conditions d'entretiens. Pour y faire face, il a fallu inventer des ficelles (Becker, 2002) et mettre en place des « actions correctives », soit d'autres stratégies de recrutement. Finalement, j'ai réalisé des entretiens auprès de médecins, experts, avocats, associations, auprès de gestatrices et de parents d'intention, utilisé des données d'autres études et recueilli des profils de gestatrices sur Internet. Malgré les biais, ces données constituent une base solide et pertinente pour atteindre les objectifs scientifiques fixés. Et *a posteriori*, l'analyse des difficultés rencontrées est apparue comme cohérente avec celle issue des observations et entretiens. Il est donc important de prêter attention à la construction même du terrain d'étude qui peut apporter des éléments compréhensifs.

Les conditions contextuelles du terrain sont ici révélatrices de la réalité complexe et controversée de la GPA en Inde. La difficile identification et sélection des cliniques montrent l'important développement de la pratique dans le pays, y compris à Mumbai, New Delhi et Chennai, avec une multiplication des cliniques et agences, suscitant de façon corolaire un intérêt croissant des médias et de la recherche académique. Les difficultés montrent également l'approche mercantile de la pratique où cliniques et agences cherchent à optimiser sans encombre la satisfaction des parents d'intention et la performance du corps reproducteur des gestatrices.

Mais les difficultés rencontrées illustrent essentiellement deux réalités propres à la GPA en Inde. La première réalité a trait au tabou de la pratique dans le pays ; la seconde au biopouvoir des médecins. En effet les difficultés liées au recrutement des protagonistes sont

révélatrices d'une pratique taboue, cachée et surtout contrôlée. La difficile collaboration des cliniques peut être interprétée par une volonté de cacher un business certain et des pratiques peu éthiques ou bienveillantes. Quant aux médecins pratiquant la GPA, ils expliquent vouloir protéger leurs patient.es. Quoi qu'il en soit, cette difficile coopération est révélatrice du contrôle et pouvoir des médecins en matière de GPA, souvent rapportés dans les écrits scientifiques et dénoncés par les groupes de femmes.

Si la levée du tabou semble difficile (car intimement lié à la condition des femmes dans le pays), l'application d'une loi qui fixerait en amont les termes du contrat et le déroulement de la GPA, pourrait diminuer le pouvoir des médecins. Le dernier projet de loi est inscrit au calendrier parlementaire depuis la fin 2015, une procédure récemment accélérée suite aux observations et recommandations de la Cour Suprême. En Inde, cependant, le pouvoir médical n'est pas propre à la GPA ni à l'AMP en général ; il s'exerce souvent, en médecine générale, sur les populations vulnérables telles celles économiquement désavantagées ou socialement marginalisées (Cohen, 2008). Le vote d'une loi semble donc être une condition nécessaire mais insuffisante dans le contexte social actuel, particulièrement hiérarchique.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

ATTOUBOU P., BERDAGUER M. & SEITZ P., 2014. *Inde. Les contrats de mère porteuse en Inde*, Centre de Droit Privé Fondamental, Université de Strasbourg.

BANERJEE S., 2012. "Emergence of the 'Surrogacy Industry' ", *Economic & Political Weekly*, XLVII(11): 27-29.

BECKER H., 2002. *Les ficelles du métier. Comment conduire sa recherche en sciences sociales (Tricks of the Trade)*. Paris, La Découverte.

- CENTRE FOR SOCIAL RESEARCH, 2013. *Surrogate Motherhood – Ethical or Commercial, Surrogacy* (online report) [https://drive.google.com/file/d/0B-flXIdg1JC\\_Ui04RmlYUkNsTFE/view](https://drive.google.com/file/d/0B-flXIdg1JC_Ui04RmlYUkNsTFE/view) (consulté le 15/02/2017)
- COHEN L., 2007. “Operability, bioavailability, and exception” in ONG A., COLLIER S. J. (eds), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Oxford, Wiley-Blackwell: 79-90.
- COHEN P. (dir.), 2008. *Figures contemporaines de la santé en Inde*. Paris, L’Harmattan.
- DEOMAMPO D., 2013. “Transnational Surrogacy in India : Interrogating Power and Women’s Agency”, *Frontiers*, 34(3): 167-188.
- DEONANDAN R., LONCAR M., RAHMAN P. & OMAR S., 2012a. “Measuring Reproductive Tourism Through an Analysis of Indian ART Clinic Websites”, *International Journal of General Medicine*, 5: 763-773.
- DEONANDAN R., GREEN S. & VAN BEINUM A., 2012b. “Ethical Concerns for Maternal Surrogacy and Reproductive Tourism”, *Journal of Medical Ethics*, 38:742-745.
- FRANK Z. B., 2009. *Google Baby*. Israël, Brandcom Ltd, 75 min.
- GUPTA J. A., 2006. “Toward Transnational Feminism : some Reflections and Concerns in Relation to the Globalization of Reproductive Technologies”, *European Journal of Women’s Studies*, 13: 23-38
- LEBRUN S., LEVASSEUR P., 2009. *Bébés made in India*. France, Babelpress, 54 min.
- PANDE A., 2010. “Commercial Surrogacy in India : Manufacturing a Perfect Mother-Worker”, *Signs*, 35: 969-992,
- QADEER I., 2009. “Social and Ethical Basis of Legislation on Surrogacy: Need for Debate”, *Indian Journal of Medical Ethics*, 6(1): 28-31.
- RANCE S., 2002. « El método del Diálogo de Saberes », in RANCE S., KAUNE V., CASTRO M.D., SALINAS S., DE LA QUINTANA C., VELDHIUS E. & MICHAUX J., *Encuentros sobre Metodologías de*



*Investigación Sociocultural – Experiencias en Investigación Sociocultural*. CIEPP, La Paz : 7-16.

ROMAN D., 2012. « La gestation pour autrui, un débat féministe ? », *Travail, genre et sociétés*, 2(28) : 191-197.

ROZÉE GOMEZ V., UNISA S., 2014. “Surrogacy from a Reproductive Rights Perspective: the Case of India”, *Autrepart*, 70(2): 185-203.

ROZÉE GOMEZ V., UNISA S., 2015. “Surrogacy as a Growing Practice and a Controversial Reality in India: Exploring New Issues for Further Researches”, *Journal of Womens Health Issues and Care*, 4(6).

RUDRAPPA S., 2010. “Making India the "Mother Destination": Outsourcing Labor to Indian Surrogates”, in WILLIAMS C., DELLINGER K. (eds), *Gender and Sexuality in the Workplace*, Research in the Sociology of Work, 20: 253-285.

RUDRAPPA S., 2014. « Des ateliers de confection aux lignes d’assemblage des bébés. Stratégies d’emploi des mères porteuses à Bangalore, Inde », *Cahiers du Genre*, 56 : 59-86.

SAMA-RESOURCE GROUP FOR WOMEN AND HEALTH, 2012. *Birthing A Market: A Study on Commercial Surrogacy*. New Delhi, Sama-Resource Group for women and Health.

SAMA-TEAM, 2007. “Assisted Reproductive Technologies in India: Implications for Women”, *Economic & Political Weekly*, 42(23): 2184-2189.

SARAVANAN S., 2010. “Transnational Surrogacy and Objectification of Gestational Mothers”, *Economic & Political Weekly*, XLV(16): 26-29.

SARAVANAN S., 2013. “An Ethnomethodological Approach to Examine Exploitation in the Context of Capacity, Trust and Experience of Commercial Surrogacy in India”, *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 8(10) : <http://www.peh-med.com/content/8/1/10>.

SHARMA S. (dir.), 2013. *Can we See the Baby Bump Please?* Sama-Ressource Group for Women and Health, Magic Lantern Movies LLP, English/Hindi, India: 49 min.

TANDERUP M., REDDY S., PATEL T., BRUUN NIELSEN B., 2015. "Informed Consent in Medical Decision-Making in Commercial Gestational Surrogacy: a Mixed Methods Study in New Delhi, India", *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* (AOGS), 94(5): 465-72.

UNISA S., 1999. "Childlessness in Andhra Pradesh, India: Treatment-Seeking and Consequences", *Reproductive Health Matters*, 7(13): 54-64.

UNISA S., PUJARI S. & GANGULY S., 2012. "Child Adoption Patterns among Childless Couples. Evidence from Rural Andhra Pradesh", *The Indian Journal of Social Work*, 73(1): 21-44.

VORA K., 2013. "Potential, Risk, and Return in Transnational Indian Gestational Surrogacy", *Current Anthropology*, 54(S7): S97-S106.

### Résumé

La gestation pour autrui (GPA) est aujourd'hui une pratique médicalisée et globalisée, particulièrement controversée, surtout lorsqu'elle se fait dans des pays moins développés. C'est le cas de l'Inde qui a développé ces dernières décennies une importante offre à cet égard. La GPA en Inde reste pourtant une réalité peu documentée. En 2013 et 2014, dans la dynamique des quelques recherches anthropologiques menées sur le sujet dans le pays, j'ai mené une étude de terrain à Mumbai, puis à Chennai et New Delhi pour comprendre la pratique de la GPA à travers les discours et expériences de ses protagonistes. Mon objectif n'est cependant pas ici d'analyser ces entretiens mais d'étudier les principales difficultés rencontrées dans la construction et le déroulement de mon terrain. *A posteriori*, ces difficultés sont apparues comme cohérentes avec l'analyse des données empiriques recueillies. Elles sont révélatrices, en partie, des représentations et de l'organisation de la GPA en Inde.

**Mots-clefs :** Gestation pour autrui, Inde, étude de terrain, biopouvoir, infertilité.

### **Summary**

#### **Surrogacy in India: Challenges of Fieldwork Revelatory of a Controversial Reality**

Surrogacy, now a global medical practice, is highly controversial, especially when it occurs in less developed countries. This is the case in India where surrogacy facilities have greatly developed in recent decades. Nevertheless, surrogacy in India is still poorly documented, compared with the magnitude of the debate surrounding the practice worldwide. In 2013 and 2014, following upon several localized anthropological studies of the topic, I undertook a two-year field study, first in Mumbai, then in Chennai and New Delhi. The objective was to understand this biomedical practice through the discourses and experiences of those involved, particularly the intended parents and surrogates. Rather than an analysis of these interviews, this paper focuses on the difficulties encountered throughout this fieldwork, ones that now appear to be consistent with what was observed and then analysed. Indeed, these difficulties are revealing, in part, of the reality of surrogacy in India.

**Key-words:** Surrogacy, India, fieldwork, bio-power, infertility.

\* \* \*